

HEALTH RECORD		CHRONOLOGICAL RECORD OF MEDICAL CARE																					
DATE:		SYMPTOMS, DIAGNOSIS, TREATMENT, TREATING ORGANIZATION (Sign each entry)																					
Screening Questionnaire for Child and Teen Immunization Circle "Yes" or "No", explaining any "Yes" responses to the nurse or doctor. “はい”または“いいえ”の欄に○をして、“はい”の部分はナースかドクターに詳しく説明して下さい。																							
1.	Is your child sick today? お子さんは今日具合が悪いですか？	Yes はい	No いいえ																				
2.	Does your child have allergies to medications, food, or any vaccine? お子さんは薬、食品、ワクチンにアレルギーがありますか？	Yes はい	No いいえ																				
3.	Has your child ever had a serious reaction after receiving a vaccination? お子さんは今までワクチンをうけた後に重大な副反応がありましたか？	Yes はい	No いいえ																				
4.	Does your child, any person who lives with you, or any person you take care of have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem? お子さん、同居している人、またはあなたが世話をしている人の中にがん、白血病、エイズ、その他の免疫疾患にかかっている人はいますか？	Yes はい	No いいえ																				
5.	Does your child, any person who lives with you, or any person you take care of take cortisone, prednisone, other steroids, anti-cancer drugs or X-ray treatments? お子さん、同居している人、またはあなたが世話をしている人の中にコルチゾン、プレドニゾン、その他のステロイド、抗がん剤、放射線治療をうけている人はいますか？	Yes はい	No いいえ																				
6.	During the past year, has your child received a transfusion of blood, plasma or been given an immune globulin? 1年以内の間にお子さんは輸血（血漿輸血を含む）をうけたり免疫グロブリンを使用しましたか？	Yes はい	No いいえ																				
7.	Has your child received any immunizations in the past 4 weeks? お子さんはこの4週間以内に何か予防接種をうけましたか？	Yes はい	No いいえ																				
8.	Is your child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant within the next three months? お子さんは妊娠中または今後3ヶ月以内に妊娠している可能性がありますか？	Yes はい	No いいえ																				
9.	Has your child ever had a positive tuberculin skin test or been told his/her PPD test was positive? お子さんが今までにツベルクリン反応陽性またはPPDテスト陽性だったことがありますか？	Yes はい	No いいえ																				
10.	Does your child have any of the following medical conditions? (Please circle all that apply) お子さんは次のいずれかの病気にかかっていますか？（あてはまるものに○をして下さい） <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Diabetes 糖尿病</td> <td>COPD or Emphysema 慢性閉塞性肺疾患または肺気腫</td> <td>Congestive Heart Failure うっ血性心不全</td> <td>Cardiomyopathy 心筋障害</td> <td>Chronic Liver Disease 慢性肝臓疾患</td> </tr> <tr> <td>Cirrhosis 肝硬変</td> <td>Sickle Cell Disease 鎌型赤血球疾患</td> <td>Splenectomy 脾臓摘出</td> <td>HIV ヒト免疫不全ウイルス</td> <td>Leukemia 白血病</td> </tr> <tr> <td>Multiple Myeloma 多発性骨髄腫</td> <td>Metastatic Cancer 転移性がん</td> <td>Chronic Kidney Failure 慢性腎不全</td> <td>Nephrotic Syndrome ネフローゼ症候群</td> <td>Organ Transplant 臓器移植</td> </tr> <tr> <td>Lymphoma リンパ腫</td> <td>Hodgkins Disease ホジキン病</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>			Diabetes 糖尿病	COPD or Emphysema 慢性閉塞性肺疾患または肺気腫	Congestive Heart Failure うっ血性心不全	Cardiomyopathy 心筋障害	Chronic Liver Disease 慢性肝臓疾患	Cirrhosis 肝硬変	Sickle Cell Disease 鎌型赤血球疾患	Splenectomy 脾臓摘出	HIV ヒト免疫不全ウイルス	Leukemia 白血病	Multiple Myeloma 多発性骨髄腫	Metastatic Cancer 転移性がん	Chronic Kidney Failure 慢性腎不全	Nephrotic Syndrome ネフローゼ症候群	Organ Transplant 臓器移植	Lymphoma リンパ腫	Hodgkins Disease ホジキン病			
Diabetes 糖尿病	COPD or Emphysema 慢性閉塞性肺疾患または肺気腫	Congestive Heart Failure うっ血性心不全	Cardiomyopathy 心筋障害	Chronic Liver Disease 慢性肝臓疾患																			
Cirrhosis 肝硬変	Sickle Cell Disease 鎌型赤血球疾患	Splenectomy 脾臓摘出	HIV ヒト免疫不全ウイルス	Leukemia 白血病																			
Multiple Myeloma 多発性骨髄腫	Metastatic Cancer 転移性がん	Chronic Kidney Failure 慢性腎不全	Nephrotic Syndrome ネフローゼ症候群	Organ Transplant 臓器移植																			
Lymphoma リンパ腫	Hodgkins Disease ホジキン病																						
I have been offered copies of applicable Vaccine Information Sheets (VIS) prior to receiving vaccinations and been advised to wait 20 minutes after receiving my shots. 私はワクチンの接種にあたり事前に該当するワクチンについての説明書(VIS)を受け取り、またワクチン接種後20分は病院で様子観察することを指導されました。																							
Patient/Guardian Signature: _____		Date: _____																					
患者/保護者サイン		日付																					
Staff Member Signature: _____		Date: _____																					
スタッフサイン		日付																					
RECORDS MAINTAINED AT:																							
Patient's Name (Last, First, MI)			Sex F / M																				
Relationship to Sponsor	Status	Rank/Grade																					
Sponsor's Name	Organization																						
Department/Service	FMP/Sponsor's SSN	Patient's Date of Birth																					